

Liebe Patientinnen,  
Liebe Patienten,

schön, dass Sie den Weg in unser Therapiezentrum gefunden haben.

Um einen ersten Eindruck über Ihre Beschwerden und Ihre Ziele zu erhalten, würden wir uns freuen, wenn Sie den beigefügten Fragebogen und ggf. die Schmerzzeichnung (siehe Downloadbereich Website) ausgefüllt zu Ihrem ersten Termin mitbringen. Gerne können Sie uns diese auch vorab über unseren Upload-Bereich zukommen lassen.

In den Fragebögen gibt es **keine** richtigen oder falschen Antworten. Beantworten Sie die Fragen so, wie Sie es empfinden.

Selbstverständlich ersetzen diese Fragebögen keinesfalls das Anamnesegespräch und die fundierte Untersuchung, die stets zu Beginn der Therapie durchgeführt wird.

Wir freuen uns sehr Sie bei Ihren Zielen begleiten zu dürfen und danken Ihnen vorab für Ihr Vertrauen.

Ihr TZL-Team

**SYMPTOME:**

Wählen Sie zur Beurteilung der Symptome die höchste Aktivitätsstufe, die Sie Ihrer Meinung nach ohne erhebliche Symptome ausüben könnten, selbst wenn Sie auf dieser Stufe keine Aktivitäten ausüben.

**1) Was ist die höchste Aktivitätsstufe, die Sie ohne erhebliche Schmerzen im Knie ausüben können?**

- Sehr anstrengende Aktivitäten wie Springen oder Drehbewegungen bei einseitiger Fußbelastung (Basketball oder Fußball)
- Anstrengende Aktivitäten wie schwere körperliche Arbeit, Skilaufen oder Tennis
- Mäßig anstrengende Aktivitäten wie mäßige körperliche Arbeit, Laufen oder Joggen
- Leichte Aktivitäten wie Gehen, Haus- oder Gartenarbeit
- Ich kann aufgrund meiner Schmerzen im Knie keine der oben genannten Aktivitäten ausführen.

**2) Wie oft hatten Sie in den gerade vergangenen 4 Wochen oder seit dem Auftreten Ihrer Verletzung Schmerzen?**

Markieren Sie eines der Felder in der nachstehenden Skala. Die Skala beginnt mit 0 (nie) und geht mit zunehmender Häufigkeit der Schmerzen bis zu 10 (ständige Schmerzen).

Nie Schmerzen ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ständig Schmerzen

**3) Wie stark sind Ihre Schmerzen?**

Keine Schmerzen ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ unerträgliche Schmerzen

**4) Wie steif oder geschwollen war Ihr Knie während der gerade vergangenen 4 Wochen oder seit dem Auftreten Ihrer Verletzung**

- Überhaupt nicht
- Etwas
- Ziemlich
- Sehr
- Extrem

**5) Wie ist die höchste Aktivitätsstufe, die Sie ohne erhebliches Anschwellen des Knies ausüben können?**

- Sehr anstrengende Aktivitäten wie Springen oder Drehbewegungen bei einseitiger Fußbelastung (Basketball oder Fußball)
- Anstrengende Aktivitäten wie schwere körperliche Arbeit, Skilaufen oder Tennis
- Mäßig anstrengende Aktivitäten wie mäßige körperliche Arbeit, Laufen oder Joggen
- Leichte Aktivitäten wie Gehen, Haus- oder Gartenarbeit
- Ich kann aufgrund des geschwollenen Knies keine der oben genannten Aktivitäten ausführen.

**6) Hatten Sie in den gerade vergangenen 4 Wochen oder seit dem Auftreten Ihrer Verletzung ein gesperrtes Knie oder ist Ihr Knie aus- und wieder eingeschnappt?**

- Ja  Nein

**7) Was ist die höchste Aktivitätsstufe, die Sie ohne erhebliche durch Knieschwäche verursachte Gangunsicherheit einhalten können?**

Sehr anstrengende Aktivitäten wie Springen oder Drehbewegungen bei einseitiger Fußbelastung (Basketball oder Fußball)

Anstrengende Aktivitäten wie schwere körperliche Arbeit, Skilaufen oder Tennis

Mäßig anstrengende Aktivitäten wie mäßige körperliche Arbeit, Laufen oder Joggen

Leichte Aktivitäten wie Gehen, Haus- oder Gartenarbeit

Ich kann aufgrund des geschwollenen Knies keine der oben genannten Aktivitäten ausführen.

**SPORTLICHE BETÄTIGUNG**

**8) Was ist die höchste Aktivitätsstufe, an der Sie regelmäßig teilnehmen können?**

Sehr anstrengende Aktivitäten wie Springen oder Drehbewegungen bei einseitiger Fußbelastung (Basketball oder Fußball)

Anstrengende Aktivitäten wie schwere körperliche Arbeit, Skilaufen oder Tennis

Mäßig anstrengende Aktivitäten wie mäßige körperliche Arbeit, Laufen oder Joggen

Leichte Aktivitäten wie Gehen, Haus- oder Gartenarbeit

Ich kann aufgrund meines Knies keine der oben genannten Aktivitäten ausführen.

**9) Wie schwierig sind aufgrund Ihres Knies die folgenden Aktivitäten für Sie?**

|  | Überhaupt nicht schwierig | Minimal schwierig     | Ziemlich schwierig    | Extrem schwierig      | unmöglich             |
|--|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a. Treppensteigen  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Treppe hinuntergehen  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Auf dem vorderen Knie knien?  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Hockstellung?   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Normal sitzen?  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Vom Stuhl aufstehen?  | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Geradeaus laufen?   | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Hochspringen und auf dem betroffenen Bein landen?                                 | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Beim Gehen (bzw. Laufen, wenn Sie Sportler*in sind) schnell anhalten und starten? | <input type="radio"/>     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**FUNKTION:**  
Wie würden Sie die Funktionsfähigkeit Ihres Knies auf einer Skala von 0 bis 10 beurteilen, wobei 10 eine normale ausgezeichnete Funktionsfähigkeit bezeichnet und 0 die Unfähigkeit, irgendeine Ihrer normalen täglichen Aktivitäten darunter möglicherweise auch Sport, auszuführen?

**10a) Funktionsfähigkeit VOR der Knieverletzung?**

Kann keine täglichen Aktivitäten durchführen      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩      Keine Einschränkungen der täglichen Aktivität

**10b) Derzeitige Funktionsfähigkeit Ihres Knies?**

Kann keine täglichen Aktivitäten ausführen      ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩      Keine Einschränkung der täglichen Aktivitäten

Höchstpunktzahl = 87 P

SUMME (10a wird NICHT inkludiert): \_\_\_\_\_

IKDC-SCORE:  $\frac{SUMME}{87P} \times 100 =$  \_\_\_\_\_